N° 13

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877 | # THÈSE | N° 334

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 juillet 1877, à 1 heure

PAR ADHÉMAR BECKERICH,

Né à Saint-Mihiel (Meuse), le 5 septembre 1853.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Président : M. GUBLER, *professeur*.

Juges : MM { CHARCOT, *professeur*. OLLIVIER, LE DENTU, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1877

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASÈGUE. BARDY. POTAIN.
Clinique des maladie mentales et nerveuses	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM BOUILLAUD et baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHE.
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LEDENTU
BLUM.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BOUCHARD.	DE SEYNES.	GUÉNIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LANNELONGUE.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM *N.*
— des maladies des enfants	*N.*
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteur et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MON COUSIN

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR HARDY

Professeur de clinique à la Faculté de médecine.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUBLER

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES KYSTES HYDATIQUES

DU FOIE

Dans le cours de nos études, les maladies du foie ont particulièrement attiré notre attention par la difficulté qu'elles présentaient au point de vue d'un diagnostic exact et précis. Les caractères assignés par les auteurs sont il est vrai nets et bien déterminés pour chaque maladie ; mais souvent chez le malade les signes qui révèlent l'existence de la lésion sont loin d'être aussi nets. Ou bien ils font défaut, ou bien ils sont communs à d'autres maladies, de telle sorte que l'ensemble de ces signes est souvent très-restreint et ne permet pas une affirmation. C'est ce que nous avons observé pour les kystes du foie. Nous avons vu en effet que malgré les signes fournis par les auteurs, le diagnostic de cette affection était souvent un problème, et qu'il n'était guère possible d'affirmer quelque chose à ce sujet. A l'appui de ce que nous avançons nous citons plusieurs cas que nous relatons dans notre thèse.

Après avoir exposé rapidement les symptômes et le diagnostic des kystes du foie, nous présenterons nos

observations et nous tirerons les conclusions que nous auront suggérées ces observations. Nous nous plaçons au point de vue séméiologique. Nous dirons en outre quelques mots de la thérapeutique de la maladie.

Symptomatologie.—Disons d'abord qu'il y a des kystes qui ne présentent aucun trouble fonctionnel, on n'y observe que des signes physiques. Dans certains cas il y a une douleur assez vive augmentée par la pression et causée par une périhépatite. Cette douleur s'observe au niveau de l'hypochondre, de l'épigastre ou dans toute l'étendue de la région hépatique. L'ictère est très-rare, il ne s'observe que dans le cas de compression des voies biliaires ou dans le cas d'obstruction des canaux par la pénétration des échinocoques dans le chemin de la bile. Lorsque la tumeur acquiert un développement considérable, elle comprime les organes voisins et produit ainsi indirectement des troubles fonctionnels. Ainsi on s'explique la dyspepsie stomacale et intestinale, les nausées, les vomissements, la constipation dus à la compression des organes de la digestion. Si la tumeur située sur la face convexe du foie refoule le diaphragme et le poumon, elle produira une dyspnée permanente. La compression de la veine porte, en troublant et empêchant la circulation dans ce vaisseau, peut expliquer la diarrhée qui a été observée dans certain cas. Elle peut expliquer aussi l'ascite qui a été observé quoique très-rarement. Le développement des échinocoques est lent et graduel et les symptômes de compression s'établissent au fur et à mesure que la poche prend plus d'extension. Vient-elle à se rompre, soit au dehors, soit à l'intérieur, une série de désordres

fonctionnels et physiques éclatent tout d'un coup et avec une physionomie différente et propre à chaque organe dans lequel s'est faite l'issue du liquide et des échinocoques.

Les signes physiques ont plus d'importance.

Pour reconnaître les kystes, il faut qu'ils aient un certain volume. Or il en existe, quoique rarement, dont le volume n'est pas plus considérable que celui du poing et qui pour cette raison ne peuvent être diagnostiqués. Mais généralement le kyste du foie offre de grandes dimensions, et on peut même dire que de toutes les augmentations de volume du foie, le kyste présente la plus considérable. Le volume du foie peut atteindre des proportions énormes.

Cette tumeur a des caractères particuliers. En général elle est arrondie, un peu ovalaire, elle est dure, élastique, rénitente, rarement bosselée, assez bien circonscrite. A la percussion elle rend un son mat. En pratiquant méthodiquement la commotion du foie, on constate la fluctuation et un frémissement particulier qu'on appelle frémissement hydatique. Pour percevoir ce bruit il faut appliquer la main sur un kyste contenant des acéphalocystes et exercer avec cette main une pression légère, tandis qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur la tumeur, on sent alors un frémissement analogue à celui qui ferait éprouver un corps en vibration. Tel est le signe pathognomonique du kyste du foie.

Ajoutons que la région hépatique est souvent déformée, que les fausses côtes peuvent être écartées et le côté droit de la poitrine plus large.

En outre, la conservation de la santé générale est un

fait important à noter. Ce n'est qu'à une période avancée de la lésion, par la compression que le kyste exerce sur les organes voisins ou par la suppuration de la poche, qu'on voit apparaître des symptômes un peu notables.

Cette maladie peut durer très-longtemps. On l'a vue se prolonger pendant quinze et vingt ans.

La mort en est ordinairement la terminaison. Cependant la guérison s'observe quelquefois.

La mort survient le plus souvent par l'irruption du liquide hydatique dans les plèvres, où il détermine une pleurésie qui devient purulente, ou bien un hydro-pneumothorax; dans le poumon où il détermine une pneumonie; dans la péricarde où il détermine une péricardite; dans le péritoine, l'estomac ou l'intestin où il détermine ou une péritonite ou des troubles digestifs qui provoquent un amaigrissement rapide et l'épuisement complet du malade. La suppuration du kyste, l'inflammation des veines hépatiques, l'infection purulente, l'hépatite périkystique peuvent être la cause de la mort.

La guérison est ou bien spontanée ou bien due au traitement.

Disons quelques mots du frémissement hydatique.

Briançon de Tournon dans sa thèse (1828) en parle longuement. Après avoir rejeté la ponction même exploratrice à cause des dangers qu'elle présente au point de vue de la péritonite qu'elle peut déterminer, il s'exprime ainsi: Les kystes hydalitères sont impossibles à distinguer de toute tumeur développée dans le foie et caractérisée seulement par le gonflement de l'hypochondre droit. Ce vice de diagnostic tient à deux causes, au manque d'un signe pathognomonique qui indique la présence des

acéphalocystes et à l'obscurité de certaines maladies avec lesquelles on peut les confondre. J'espère désormais que ces difficultés ne se présenteront que dans des cas fort rares si l'on a égard aux signes que fournissent la percussion seule, et la percussion et l'auscultation réunies.

Lorsqu'on applique une main sur un kyste contenant des acéphalocystes en exerçant une pression légère et qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur cette tumeur, on sent un frémissement analogue à celui que ferait éprouver un corps en vibration, c'est le frémissement hydatique. Si l'on réunit l'auscultation à la percussion, on entend des vibrations plus ou moins graves, etc., c'est le bruit hydatique.

Sans doute le frémissement et le bruit hydatique, soit qu'on les attribue comme Briançon au frottement et au roulement des hydatiques les unes sur les autres, soit qu'on les attribue comme Barryer et Tarral aux phénomênes qui dépendeut des mouvements transmis par la percussion aux vers globulaires, sont des signes d'une grande valeur. Le frémissement hydatique est pathognomonique du kyste hydatique du foie ; mais il manque si souvent qu'il perd par là une grande partie de son importance. C'est pourquoi si ce signe était la seule ressource pour le diagnostic, celui-ci serait encore très-souvent incertain.

Nous aurions pu citer un grand nombre de cas.

Nous rapportons quatre observations inédites dont nous avons vu les malades. Elles sont caractéristiques au point de vue auquel nous nous plaçons. Elles présentent en effet les principales difficultés de diagnostic qui

s'observent journellement dans l'examen de cette maladie.

Les deux premières observations nous ont été transmises en entier par M. le D[r] Landouzy, nous le remercions de sa bienveillance.

OBSERVATION I (hôpital de la Charité, service de M. Hardy).

Ney (Charles), 51 ans, déménageur, entré le 8 février 1877, salle Saint-Charles, 22.

Antécédents personnels. — Le malade doit avoir eu des fièvres éruptives et une attaque de choléra. Le malade dit n'avair jamais mangé de viande crue, avoir fait peu usage de jambon et de charcuterie. Une seule fois dans sa vie, pendant le siége de Paris, il a mangé du chien.

Le malade affirme n'avoir jamais souffert au niveau de la région hépatique et n'avoir jamais eu la jaunisse.

Symptômes. — A la fin de décembre 1876, le malade croit s'apercevoir d'un développement éxagéré de la partie supérieure de l'abdomen, développement indolore et sans retentissement sur la digestion et la santé générale, qu'il déclare excellente.

Dans la première semaine de février 1877, il ressentit des douleurs assez vives dans la région épigastrique, douleurs spontanées et provoquées par les mouvements et la moindre pression. Ces douleurs siégent au niveau d'une tuméfaction globuleuse. Il n'y a pas d'envie de vomir, mais seulement une faiblesse générale qui ne dure pas. Le malade ne ressent que sa douleur épigastrique pour laquelle il entre à l'hôpital.

Le malade examiné le 9 février se montre fort, ayant toutes les apparences d'une bonne santé.

Par la vue, la palpation et la percussion, on reconnaît que toute la région épigastrique et la partie supérieure de la région ombilicale sont occupées par une tuméfaction globuleuse. Cette tuméfaction semble appendue à la partie inférieure et extérieure du lobe droit du foie. Le foie a sa forme et ses limites normales. Sa limite supérieure correspond au cinquième espace intercostal, il ne déborde pas les fausses côtes, la tumeur globuleuse semble donc bien lui être surajoutée, appendue ; la palpation et la percussion ne sont douloureuses qu'au niveau même de la tumeur, et au point le plus saillant l'oreille perçoit un léger frottement sec. Les mouvements du thorax et du bassin retentissent douloureusement sur la tumeur. La tuméfaction globuleuse, de forme régulière, sans bosselures, donne dans toutes ses parties une rénitence égale et une matité absolue ; nulle part on ne perçoit ni fluctuation, ni frémissement. Dans toute la partie moyenne de la tumeur, il semble y avoir adhérence avec la partie profonde de la paroi abdominale qu'on ne peut ni déplacer, ni faire glisser comme dans les points voisins.

La tumeur, un plus allongée dans le diamètre transversal que dans le diamètre vertical, pouvait mesurer, dans le premier diamètre 16 c. m., et 12 c. m. dans le second. La circonférence de l'abdomen, prise dans le point le plus saillant de la tumeur, à $0^{m},06$ au-dessus de l'ombilic, donne $0^{m},82$ à jeun et $0^{m},86$ après le repas.

Rien à signaler dans le reste de l'abdomen; la rate

est normale ; pas de douleurs irradiées, pas de coliques.

Le 10 février, dix sangsues sont appliquées sur le point le plus douloureux de la tumeur. On y met des cataplasmes laudanisés. Le malade garde le décubitus horizontal. Sous l'influence de ce traitement, on constate, le lendemain, une diminution considérable de la sensibilité spontanée et provoquée.

Le 12 février et les jours suivants, on constate que l'état général est bon, il n'y a pas de fièvre ; toute douleur spontanée et provoquée semble avoir disparu. L'état local est le même. On ordonne le décubitus horizontal et des cataplasmes laudanisés.

Le 21 février, avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy, une ponction exploratrice est faite dans la partie moyenne de la tumeur, à $0^{m},04$ du sommet de l'appendice xyphoïde. Après une légère résistance, l'aiguille pénètre brusquement et assez profondément. A ce moment, ascension brusque dans le corps de pompe d'un liquide transparent, clair comme de l'eau de roche. L'aspiration est interrompue après issue de 40 grammes de liquide.

L'examen du liquide donne :

1° Absence complète d'albumine.

2° 5 grammes de chlorure de sodium par litre.

3° Au microscope, on a découvert des crochets d'échinocoque.

Après la ponction, on ordonne au malade des cataplasmes sur le ventre. Immobilité absolue du malade. Il ne ressent d'ailleurs aucun malaise. Il a de l'appétit.

L'état général est bon, pas de sensibilité au niveau de la tumeur, qui a même forme et mêmes dimensions.

Même circonférence de l'abdomen.

Le 27 février, à 2 c. m. au-dessous de la première piqûre, on fait une seconde piqûre avec le même trocart.

On aspire 20 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche et on refoule 10 grammes d'iode ioduré (iode 100 grammes, iodure de potassium 10 grammes). Pas de malaise. Sensation de cuisson un peu plus marquée que lors de la première ponction. Etat général bon.

Le 27 et le 28, légère ascension thermique (maximum 39, 6), allant en décroissant lentement pour revenir à la normale le 4 mars. Etat général bon.

Le 4 mars, on constate même forme globuleuse, même rémittence, mêmes dimensions de la région épigastrique un peu sensible aux pressions profondes. La circonférence abdominale donne les mêmes résultats que lors de la première mensuration.

Diagnostic. — Dans ce cas, nous avions une tuméfaction un peu douloureuse, rénitente, mate, sans fluctuation ni frémissement. L'état globuleux de la tumeur, l'intégrité de l'état général pouvaient mettre sur la voie du diagnostic, mais une ponction exploratrice était nécessaire pour affirmer l'exactitude de ce diagnostic. Ce procédé seul pouvait lever les doutes.

Quand le kyste ne présente, comme signes physiques, qu'une tumeur sans fluctuation, il peut donc être confondu avec la congestion du foie, son hypertrophie, ou les divers produits accidentels solides quelquefois.

Les congestions du foie donnent à cet organe un volume quelquefois considérable, mais on remarque que

cette augmentation de volume n'est point constamment la même, elle est plus sensible un jour que l'autre.

Les variations de volume qui se rencontrent dans les congestions du foie, ne se rencontrent pas dans la tumeur hydatique. Néanmoins, on peut dire que ces différences sont loin d'être caractéristiques.

Il est facile de confondre la tumeur hydatique avec l'hypertrophie du foie. Lorsque cet organe hypertrophié dépasse le bord des fausses côtes et s'avance dans l'abdomen, il y forme une tumeur étendue d'un hypochondre à l'autre, aplatie, non circonscrite, dure, sans élasticité, invariable dans son volume. Le diagnostic sera donc possible si la tumeur hydatique est bornée à une partie de la région hépatique, si elle est saillante et sphérique, élastique et rénitente, comme dans les cas que nous venons de rapporter, mais comme elle est quelquefois aplatie, peu élastique, non circonscrite, il sera très-difficile alors de la distinguer de l'hypertrophie du foie. Cependant, en observant la marche des deux maladies pendant quelque temps, on remarquera souvent des changements qui éclaireront le médecin : dans l'hypertrophie, la tumeur pourra augmenter de volume, mais elle ne perdra pas l'ensemble des caractères indiqués plus haut ; dans le cas d'hydatides, au contraire, la tumeur, qui tend toujours à émerger de l'intérieur du foie, fera, vers la paroi abdominale, une saillie peu à peu appréciable, arrondie et circonscrite.

Les divers produits, tubercule et cancer, peuvent, au début, simuler la tumeur hydatique. Cependant, outre les signes tirés de l'état général du sujet et de l'examen de tous les autres symptômes rationnels, l'aspect bosselé,

lobulé de ces diverses tumeurs, leur consistance inégale dans divers points de leur étendue, établissent en général une certaine différence entre elles et la tumeur hydatique.

OBSERVATION II.

Malaubier (Eugène), 33 ans, garçon de cuisine, entré le 28 février 1877, salle Saint-Charles, 21.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie simple.

En 1868, il eut, sur le membre inférieur droit, trois abcès, ayant probablement succédé à une lymphangite des vaisseaux satellites de la veine saphène interne.

En 1875, il eut une névralgie crurale rapidement guérie.

En 1875, il quitte le service militaire et devient garçon de cuisine dans un restaurant. Il prétend manger toujours des viandes bien cuites. Jamais, dit-il, il n'a fait usage de jambons ni de charcuterie. Il n'est dans ce restaurant que depuis quinze jours. Depuis qu'il avait quitté le service militaire, il se portait très-bien, n'avait jamais souffert du ventre, n'avait même ressenti de ce côté aucune gêne, quand, dans la nuit du 23 au 25 février, après s'être couché sans malaise, n'ayant mangé ni fatigué plus que de coutume, il est réveillé brusquement par une douleur assez vive ressentie à l'union de la région ombilicale et du flanc du côté droit. En même temps, survient de la diarrhée; pas de vomissements, le malade ne croit pas avoir eu de fièvre. Le matin, la douleur a diminué, le malade se lève et vaque à ses occupations, mais, au bout de quelques heures, il est obligé de se recoucher; les mouvements du tronc reten-

tissant douloureusement dans le flanc droit; le décubitus horizontal et le repos absolu diminuent notablement la douleur. Les jours suivants, mêmes phénomènes se produisent, aussi le malade ne peut-il se lever que deux ou trois heures dans la matinée; à aucun autre moment il n'a eu d'envie de vomir, l'alimentation, quoique un peu restreinte, a toujours été possible; la persistance de la douleur et de la diarrhée amènent le malade à l'hôpital le 28 février.

M... est bien musclé, mais il a les téguments peu colorés. Il ne se plaint que de sa douleur abdominale qu'il ressent *spontanément* dans le flanc droit, à quatre travers de doigt en dehors de l'ombilic. La pression exercée sur toute la région fait naître la douleur maxima au point indiqué par le malade. L'exploration attentive de tout l'abdomen montre qu'en aucun autre point il n'y a de douleur.

M... étant dans le décubitus horizontal, les cuisses fortement fléchies sur le bassin, on sent au point précis où le malade accuse le maximum de sa douleur, une tumeur que la palpation et la percussion montrent se continuer avec le foie.

Le foie a, par en haut, sa forme, sa place et son volume habituels : la matité commence sur le bord supérieur de la *sixième côte* et se continue suivant une ligne horizontale jusqu'au bord gauche du sternum ; du bord gauche du sternum, la percussion et la palpation montrent que le foie s'étend par un bord mousse et concave jusqu'au niveau de la tumeur douloureuse du flanc droit. La palpation et la percussion fournissent mêmes renseignements sur la continuité de la tumeur du flanc avec

la matité hépatique obtenue en dehors : en somme, un premier examen montre une tuméfaction assez considérable du foie, tuméfaction inférieure dont la limite extrême est parfaitement douloureuse.

1er mars. Cinq ventouses scarifiées sont appliquées loco dolenti. Il n'y a rien à signaler du côté des autres viscères abdominaux ; la rate a son volume normal.

Etat général bon. Appétit. La diarrhée a diminué et ne s'accompagne pas de coliques.

2 mars. La douleur spontanée et celle qu'on provoque par la pression ont diminué. On délimite avec précision une tumeur à grand diamètre vertical occupant en partie le flanc et la région ombilicale du côté droit. Cette tumeur se continue avec le foie, à laquelle elle paraît attachée par un très-large pédicule ou aux dépens de laquelle elle s'est développé.

La tumeur semble avoir une forme irrégulièrement triangulaire; à base supérieure adhérente à la face inférieure du lobe droit du foie, à sommet inférieur plongeant dans le flanc. Par en haut et en arrière, le foie (limite supérieure sur la cinquième côte) a sa forme et ses limites normales.

Le développement de la tumeur semble s'être fait surtout dans le sens vertical ; elle mesure de la cinquième côte (limite supérieure de la matité hépatique) à une ligne horizontale passant par l'ombilic, 19 centimètres.

Le diamètre transversal ne peut être déterminé. En tous points, on peut faire glisser et déplacer la paroi abdominale sur la tumeur avec la paroi abdominale. C'est dans le point le plus déclive de la tumeur qu'existe la douleur.

La mensuration de l'abdomen en un point intermédiaire au sommet de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic donne 84 c. m. 43 pour le côté droit, 41 pour le côté gauche.

Il semble qu'en dehors des fausses côtes, en saisissant la tumeur à plat dans la main et en exerçant une pression sur la partie antérieure, on détermine une fluctuation. En tous cas, les caractères sont loin d'être assez nets pour qu'une affirmation soit possible. Rien du côté de la rate ni des reins. Etat général bon. Appétit.

3 mars. Disparition presque complète de la douleur, même à une pression un peu forte. Cessation absolue de la diarrhée.

6 mars. Avec le trocart n° 2 de l'appareil Dieulafoy, M. Hardy fait une ponction aspiratrice au-dessous des dernières côtes dans la ligne axillaire ; cette ponction ne donne aucun résultat. Pas de douleur, pas d'hémorrhagie. Immédiatement après, avec le même trocart, une nouvelle ponction est faite dans un point un peu plus interne et donne issue à 300 grammes environ d'un liquide jaunâtre d'aspect purulent, que l'examen montre contenir du pus en grande quantité, des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine. Un examen, plusieurs fois répété, n'a pas permis de découvrir des débris d'échinocoques ou des crochets.

Cette seconde ponction, comme la première, est faite sans incident, sans douleur, sans hémorrhagie. Bandage de corps. Repos absolu dans le décubitus dorsal. Pas de fièvre, pas de douleur, état général bon.

8 mars. La palpation de l'abdomen, qui est indo-

lore, montre que le foie est en partie revenu sur lui-même; le bord inférieur du foie, qui correspondait à une ligne passant par l'ombilic, est remonté à deux travers de doigt plus haut.

12 mars. Etat général bon. Le malade se lève. La ligne qui marquait la limite du bord inférieur du foie est remontée de quatre travers de doigt.

21 mars. Etat général bon. Le malade part pour Vincennes.

Diagnostic. — Le premier symptôme qui a attiré l'attention du malade était une vive douleur siégeant à la région hépatique, douleur très-intense ressentie spontanément et augmentant à la pression. Quant à la tumeur, elle se constate et se délimite bien à la palpation et à la percussion. Elle est volumineuse, s'étend dans le sens vertical et mesure 18 centimètres de hauteur. Elle n'est pas adhérente à la paroi abdominale. Elle est fluctuente. L'état général est bon.

Ces trois caractères, et surtout les deux derniers, peuvent bien faire penser à un kyste du foie, mais il n'était guère possible d'obtenir un diagnostic exact autrement que par la ponction exploratrice, qui met sous les yeux le produit anatomique. Or, comme il n'a pas été possible de découvrir les moindres traces d'échinocoque, malgré la ponction le diagnostic est resté incertain, car elle n'a pas fait découvrir d'échinocoques.

Dans cette deuxième observation, nous avons le cas de tumeur avec fluctuation.

A la rigueur, la tumeur hydatique fluctuante pourrait

être confondue avec les tumeurs tuberculeuses et cancéreuses ramollies du foie, mais, outre l'état général, qui est différent, ces tumeurs offrent un ramollissement inégal dans les différents points de leur étendue et présentent encore quelques bosselures comme dans leur période de crudité.

Mais ce sont toujours les hépatites chroniques, les tumeurs biliaires et les kystes séreux qui peuvent donner lieu à des erreurs. Dans le cas d'abcès chronique, il est rare que l'hépatite qui a précédé ne se soit pas annoncée avec quelques signes tels que frisson, sensation pulsative dans la tumeur. La tumeur hydatique a un développement plus lent que l'abcès du foie. On voit que malgré ces caractères l'erreur est facile.

La tumeur biliaire est presque toujours précédée de tous les symptômes qui annoncent un obstacle au cours de la bile dans le canal cholédoque (ictère, coliques hépatiques, hépatite). Elle se forme rapidement au milieu de symptômes aigus et acquiert en peu de jours un volume considérable. Elle peut par la pression disparaître en se vidant dans le duodénum de la bile qu'elle contient, mais elle ne tarde pas à se renouveler. Ces deux tumeurs se distinguent encore l'une de l'autre par leur siége et leur forme qui ne sont point les mêmes. En effet, la vésicule du fiel étant suspendue par une petite étendue de sa surface seulement à la face inférieure du foie, la tumeur qui résulte de sa distension par la bile, se développe toujours vers la partie inférieure de l'organe et gagne plutôt l'ombilic et l'hypogastre que les autres régions de l'abdomen. La tumeur hydatique, au contraire, est intimement et largement adhérente au

foie dans la profondeur duquel elle est placée, et dont elle ne s'isole pas à la manière de la tumeur biliaire. Enfin, la tumeur biliaire a une figure pyriforme, dont la base est en bas; son sommet est en haut et forme une espèce de pédicule. Cependant, dans bien des cas, le doute est permis.

De toutes les tumeurs fluctuantes du foie, la plus difficile à distinguer de la tumeur hydatique est celle fournie par un kyste séreux, maladie rare, il est vrai, mais réelle. Les seuls signes propres à établir une distinction sont l'évacuation spontanée d'hydatides à l'extérieur, ou le frémissement hydatique, et comme ces deux signes sont très-sujets à manquer, la ponction exploratrice semble être le meilleur moyen.

Observation III (hôpital de la Charité, service de M. G. Sée).

Femme X..., 26 ans, mécanicienne, entrée le 9 juin 1876, salle Sainte-Anne, n° 1.

Depuis un mois cette femme éprouvait des troubles gastriques, quand elle fut prise le 4 juin de frisson et de point de côté. Elle toussa un peu et était oppressée. La dyspnée s'augmentant, le point de côté devenant de plus en plus insupportable, la toux plus fréquente, avec des crachats visqueux et sanguinolents. Le 7 juin, la malade s'alita.

Le 8 juin, on lui posa vingt-huit ventouses sur la poitrine, elle entra à l'hôpital le 9 juin.

A son entrée, voici ce qu'on constate; dyspnée intense, point de côté à droite, douleur très-accusée, siégeant au flanc droit, douleur s'irradiant dans tout l'ab-

domen et exagérée par la moindre pression. La température axillaire est de 41°.

Outre ces signes fonctionnels, on constate les signes physiques suivants : le ventre est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Le foie présente une augmentation de volume. — A la base droite du thorax, on constate une matité très-prononcée du souffle et de la bronchophonie.

Les urines contiennent une grande quantité de pigment biliaire. Depuis quinze jours, dit la malade, ses urines sont décolorées et présentent une couleur grisâtre.

10 juin. La malade garde le décubitus dorsal, elle a de la dyspnée, de la toux avec des crachats visqueux et sanguinolents. Constipation. Coloration ictérique très-intense. Selles décolorées. Douleurs très-vives à la région hépathique. On ne constate pas de frémissement hydatique. La température est de 39°.

11 juin. On constate à droite tous les signes de pleurésie ; matité, souffle, légère bronchophonie, diminution des vibrations thoraciques.

15 juin. La malade est réveillée dans la nuit du 15 au 16 par un violent accès de colique hépatique, la crise se prolonge jusque dans la journée du 16. La douleur abdominale augmente, et rend même impossible l'examen de cette région.

16 juin. Vomissements répétés plusieurs fois pendant la journée. La dyspnée persiste.

17 juin. La crise de colique hépatique a cessé, mais la malade vomit encore plusieurs fois pendant la

journée, elle éprouve du dégoût et de la répugnance pour les aliments.

Le 18 juin. La malade a une nouvelle colique qui lui dure quelques heures. Douleur de côté. Dyspnée. Toux, fièvre, 38,5.

La malade a eu une selle très-décolorée, de plus elle a rejeté dans cette selle une sorte de fausse membrane qu'on a jetée et qu'on soupçonne être un débris de membrane hydatique, l'examen histologique n'ayant pas été fait.

Le 19. Même état. La dyspnée augmente. L'ictère est plus marqué; quelques frissons pendant la journée. Douleurs très-vives dans l'hypochondre. Ascite.

Le 20. La malade meurt.

Autopsie. — Teinte ictérique de toute la peau, tous les tissus sont imprégnés de pigment biliaire. Le foie est très-volumineux, il est déformé, son extrémité gauche se trouve dans l'hypochondre correspondant et refoule les autres viscères. Dans le lobe gauche, il existe un kyste énorme du volume de la tête d'un enfant refoulant en haut le diaphragme. Ce kyste est adhérent aux parties voisines. Dans son intérieur, nagent au milieu d'un liquide purulent et fétide une quantité innombrable de vésicules hydatiques de volume variable. Les conduits biliaires communiquent avec ce kyste ; la vésicule considérablement distendue et épaissie ne paraît pas contenir d'hydatides, mais le canal cholédoque présente quelques centimètres avant son ouverture dans le duodénum une membrane inplantée sur la muqueuse et qui présente quelques vésicules très-petites. Les poumons et surtout le droit sont ratatinés d'une

manière remarquable. La plèvre droite ne présente pas de liquide, mais le poumon est le siége d'une congestion très-manifeste.

Diagnostic. — Dans cette observation, l'application des notions connues pour résoudre le diagnostic ne pouvait faire conclure à l'existence d'un kyste hydatique. Il y avait les signes d'une pleurésie, dyspnée, matité, souffle, diminution des vibrations thoraciques, fièvre. D'ailleurs le diagnostic porté fut celui de pleurésie.

Le kyste resta longtemps latent, se manifestant à peine par quelques troubles digestifs. Le foie était hypertrophié, mais ce n'était pas la tumeur circonscrite, arrondie, saillante, élastique, rénitente, caractéristique de celle du kyste hydatique. Quant à la violente douleur hépatique qui se manifesta vers la fin de la maladie, c'était plutôt une douleur caractéristique de colique hépatique.

Les caractères fournis par cette maladie pendant la vie et rationnellement interprétés faisaient bien peu entrevoir l'idée de la possibilité d'un kyste hépatique. Et cependant l'autopsie démontra que ce dernier diagnostic était exact. Nous en concluons que dans ce cas plus encore que dans les précédents la ponction exploratrice seule pouvait révéler l'existence de la lésion.

Observation IV (recueillie à la clinique de M. Hardy (30 janvier 1877), service de M. Hardy).

Villabaso, domestique, 26 ans, salle Sainte-Anne.

Il y a trois ans, cette femme ressentit de la douleur dans a région hépatique, douleur non continue, mais se réveillant

de temps en temps. C'étaient de véritables accès de colique hépatique. Elle eut en même temps de l'ictère. Au bout de quelque temps, l'ictère disparut, mais la douleur persista. En même temps, la malade s'aperçut qu'elle maigrissait, qu'elle perdait ses forces. Cependant les digestions se faisaient bien, la malade put continuer son état de domestique. Il y a deux mois et demi, elle eut de l'embarras gastrique caractérisé par des nausées, de l'inappétence, de la fièvre.

Elle entra à l'hôpital, son état s'améliora, et au bout de quelques jours on l'envoya au Vésinet. C'est pendant son séjour au Vésinet que l'ictère reparut (fin novembre), l'ictère augmenta rapidement ; la malade quitta le Vésinet, et le 16 décembre entra dans le service de M. Hardy.

On constata alors un ictère très-prononcé : la peau, les conjonctives, la face inférieure de la langue, les urines étaient d'une couleur jaunâtre, mais les selles n'étaient pas décolorées. Outre l'ictère, il existait une douleur dans l'hypochondre droit, qui augmentait par la pression. Cette douleur était plus forte la nuit et se présentait sous forme d'élancements qui arrachaient des cris à la malade.

Le foie était augmenté de volume et dépassait le rebord des fausses côtes de l'épaisseur de deux ou trois travers de doigt et remontait plus haut que l'état normal. Dans les derniers jours il y avait inappétence absolue, nausées, vomissements tous les deux ou trois jours. Ces vomissements contenaient quelquefois une matière bilieuse. Il y avait une diarrhée continuelle. Fièvre per-

manente avec recrudescence le soir. Pouls fréquent. Température élevée.

Pendant son séjour à l'hopital, ces phénomènes allaient en augmentant ; de plus les forces diminuaient et la malade maigrissait notablement. Il y avait de temps en temps un peu d'amélioration, puis les phénomènes se reproduisaient. Trois ou quatre jours avant la mort, les douleurs devinrent plus vives et se manifestèrent dans le ventre. De plus le ventre se gonflait, devenait douloureux à la pression, et on constatait la présence d'un liquide épanché dans le péritoine. Les vomissements aussi devinrent plus fréquents, la malade vomissait sept ou huit fois par jour. Enfin il survint du délire, du coma, puis la mort. Cette femme succomba à une péritonite généralisée.

Autopsie. — La cavité péritonéale renfermait 2 ou 3 litres de liquide séro-purulent un peu épais, contenait des flocons fibrineux, le péritoine était couvert d'une couche fibrineuse, de plus il était le siége d'un piqueté rouge, signe évident de péritonite généralisée.

Le foie était augmenté de volume. Il pesait 2,700 gr. Il était induré, résistant, se déchirait facilement. Sur la surface du foie et principalement sur le lobe gauche existait une poche du volume du poing, parfaitement délimitée, contenant du pus, des membranes solides résistantes, débris d'hydatides mortes. Ce liquide purulent était mélangé avec de la bile par suite de communication de la poche avec le canal hépatique.

Diagnostic. — Pouvait-on diagnostiquer exactement ce kyste ? On ne le pouvait pas. Il n'occupait pas de vo-

lume en dehors du foie, et par conséquent ne pouvait être reconnu. La présence de l'ictère, de la douleur hépatique, de l'augmentation de volume du foie, de la fièvre firent penser à une hépatite.

La malade avait eu des coliques hépatiques il y a trois ans, accompagnées d'ictère. L'ictère avait disparu, mais les douleurs avaient persité, ce qui permit de croire que la présence de calculs dans les canaux biliaires avait été le point de départ d'une inflammation de ces canaux, inflammation qui s'était propagée à la substance hépatique. De plus, on crut qu'il existait encore des calculs dans les canaux biliaires. Ce fait explique l'existence de douleurs lancinantes et de vomissements. Cependant on n'avait jamais pu constater que la malade eut rendu des calculs ou des matières biliaires dans les garde-robes. Quoi qu'il en soit, il était plus rationnel de penser à une hépatite qu'à un kyste du foie.

Les deux cas que nous venons d'observer nous montrent des kystes hydatiques se révélant par des troubles fonctionnels surtout. L'hypertrophie du foie était peu considérable et nullement caractéristique. Il est évident que dans ces cas le diagnostic est difficile, pour ne pas dire impossible. Les seuls symptômes qui puissent exister sont : douleur, ictère, ascite, troubles digestifs et respiratoires; mais comme tous ces symptômes se rencontrent dans les autres maladies du foie, de plus, comme plusieurs peuvent manquer dans le cas de maladie hydatique du foie, ils ne pourront conduire le médecin qu'à une présomption, et jamais à un degré de certitude. Le seul cas où le doute serait en partie levé serait celui dans

lequel, à l'existence de quelques signes rationnels, viendrait s'ajouter l'évacuation par la bouche ou par l'anus d'une certaine quantité d'hydadides.

Traitement. — Avant de terminer, nous allons exposer les principaux modes de traitement que nous avons recueillis à la clinique de M. Hardy.

Le même traitement n'est pas applicable à tous les cas. Chez certains malades, le kyste est très-peu volumineux et les signes physiques passent presque inaperçus, la santé est peu troublée. Dans ce cas, il faut observer l'expectation. Dans les cas assez communs où le kyste est très-volumineux, s'augmente de jour en jour et compromet la santé; il donne lieu à des symptômes graves. La marche est envahissante. Il y a lieu alors de porter remède à la maladie. Le traitement n'est pas toujours innocent, il expose à certains dangers. C'est pourquoi différentes méthodes ont été proposées ; nous allons les exposer.

D'abord, on a cherché à tuer les hydatides dans l'économie, ou à les évacuer au dehors à l'aide de remèdes internes. Les préparations mercurielles et l'iodure de potassium ont été mis en usage. On a aussi employé les préparations anthelmintiques, telles que le kousso. La médication interne a été abandonnée, car elle a donné de très-mauvais résultats.

C'est aux opérations méthodiques, aux moyens chirurgicaux, qu'il faut avoir recours.

1° *Ponction simple.* — On ponctionne le kyste à l'aide d'un trocart capillaire qui donne lieu à l'issue d'un liquide

clair et limpide, et les hydatides meurent consécutivement à cette évacuation. On peut adapter le trocart à l'appareil Dieulafoy. C'est un procédé en général innocent. La péritonite est rarement à craindre dans ce cas.

2° *Ponction avec un gros trocart.* — On évacue alors simultanément le liquide et les hydatides, et on arrive par là à la guérison. Cette ponction est moins innocente que la première et menace plus souvent de péritonite.

3° On a conseillé la ponction en laissant le trocart en place pendant quarante-huit heures, de manière à éviter la péritonite, mais l'inflammation du kyste se propage au foie et donne de l'hépatite.

Voici les précautions à employer dans le cas où on a recours à la ponction. Après la ponction, l'ouverture du kyste peut persister et le liquide s'épancher dans le péritoine en déterminant une péritonite. Alors il faut avoir soin, après qu'on a retiré le trocart, d'appliquer l'une contre l'autre les parois abdominales pour qu'elles viennent obturer l'ouverture, de cette façon on s'oppose à l'épanchement. On comprime alors le ventre du malade avec un bandage de corps; on lui prescrit de garder le repos dans le décubitus dorsal et de rester calme pendant quarante-huit heures. Ces précautions suffisent à éviter la péritonite.

4° *Ponction suivie d'injection iodée.* — Dans ce cas on remplace le liquide du kyste par une injection de teinture d'iode. Cette injection donne de très-bons résultats. Le kyste s'enflamme, devient douloureux, et la guérison a lieu comme pour l'hydrocèle. Mais ce moyen n'est pas

innocent, car il peut survenir des accidents, tels que suppuration du kyste, hépatite, péritonite, etc.

5° M. Hardy emploie un moyen indirect. Il retire avec un trocart capillaire une petite quantité de liquide du kyste, injecte une très-petite quantité de teinture d'iode, afin que la présence de l'iode entraîne la mort des hydatides.

Teinture d'iode.........	100 gr.	Employer 10 grammes de la solution en injection.
Iodure de potassium....	10 gr.	

Ce procédé n'expose pas aux accidents des autres procédes ; dans les deux premières observations que nous avons citées, il a permis d'obtenir la réduction de la tumeur. Il est certainement préférable à l'injection complète d'iode, qui peut faire craindre l'iodisme.

6° *Electricité.* — Dans ce procédé, deux aiguilles sont piquées dans le kyste de façon à se toucher. On fait passer ainsi un courant continu qui tue les hydatides. On a obtenu, par ce moyen, 8 cas de guérison. Ces faits sont encourageants. Le procédé, d'ailleurs, au point de vue des accidents consécutifs, est aussi innocent que l'acupuncture.

7° Souvent il y a des rechutes, c'est-à-dire que les hydatides continuent à vivre, le malade souffre et dépérit de plus en plus. Alors il faut intervenir par l'ouverture du kyste ; mais il y a à craindre la péritonite. De là le précepte de commencer par établir des adhérences entre la paroi abdominale et le kyste. On applique sur la paroi abdominale de la potasse caustique, on répète ces applications successives de caustiques, jusqu'à ce qu'il y ait

des adhérences, et alors on fait une incision sur l'eschare. On évacue ainsi les hydatides et le liquide.

Le procédé de Récamier n'est pas innocent. L'ouverture étant faite, il peut n'y avoir pas d'adhérences, alors le liquide s'épanche dans le péritoine et détermine une péritonite. Avec les adhérences, il peut y avoir inflammation du sac, le kyste suppure alors et on a les accidents d'une longue suppuration. C'est donc un procédé dangereux.

CONCLUSIONS.

Le diagnostic des kystes hydatiques du foie est difficile.

Cette maladie reste souvent inconnue pendant un long temps. Le frémissement hydatique, qui est son signe pathognomonique, se montre rarement, de sorte qu'il perd par là beaucoup de son importance, car il ne reste pas de signes particuliers qui puissent nettement différencier cette affection de celles avec lesquelles elle peut être confondue. La ponction exploratrice avec le trocart capillaire peut seule résoudre la question, elle est un des meilleurs éléments du diagnostic.

A l'état de tumeur fluctuante, sans signes pathognomoniques, la tumeur peut être prise pour une hydropisie enkystée simple, pour une tumeur biliaire, pour un abcès chronique, pour une tumeur encéphaloïde ou tuberculeuse ramollie. Et le diagnostic n'est pas toujours facile.

A l'état de tumeur sans frémissement et sans fluctuation, elle peut être facilement confondue avec toute espèce de tumeur solide du foie due à l'hypertrophie ou àla dé générescence de cette glande.

En l'absence de tumeur appréciable, le diagnostic ne saurait être établi sur l'existence de signes rationnels trop équivoques par eux-mêmes.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. — Structure et développement des os.

Physiologie, — Du sperme.

Physique. — Des leviers; application à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomorphisme, de l'isomérie et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale; procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications [de la rougeole.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs des végétaux? quels sont les procédés les plus souvent employés pour les extraire, les clarifier et les conserver? qu'entend-on par sucs extractifs acides, sucrés, huileux, résineux et laiteux? quelles sont les formes vous lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : Le président de la Thèse,
GUBLER.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
A. MOURIER